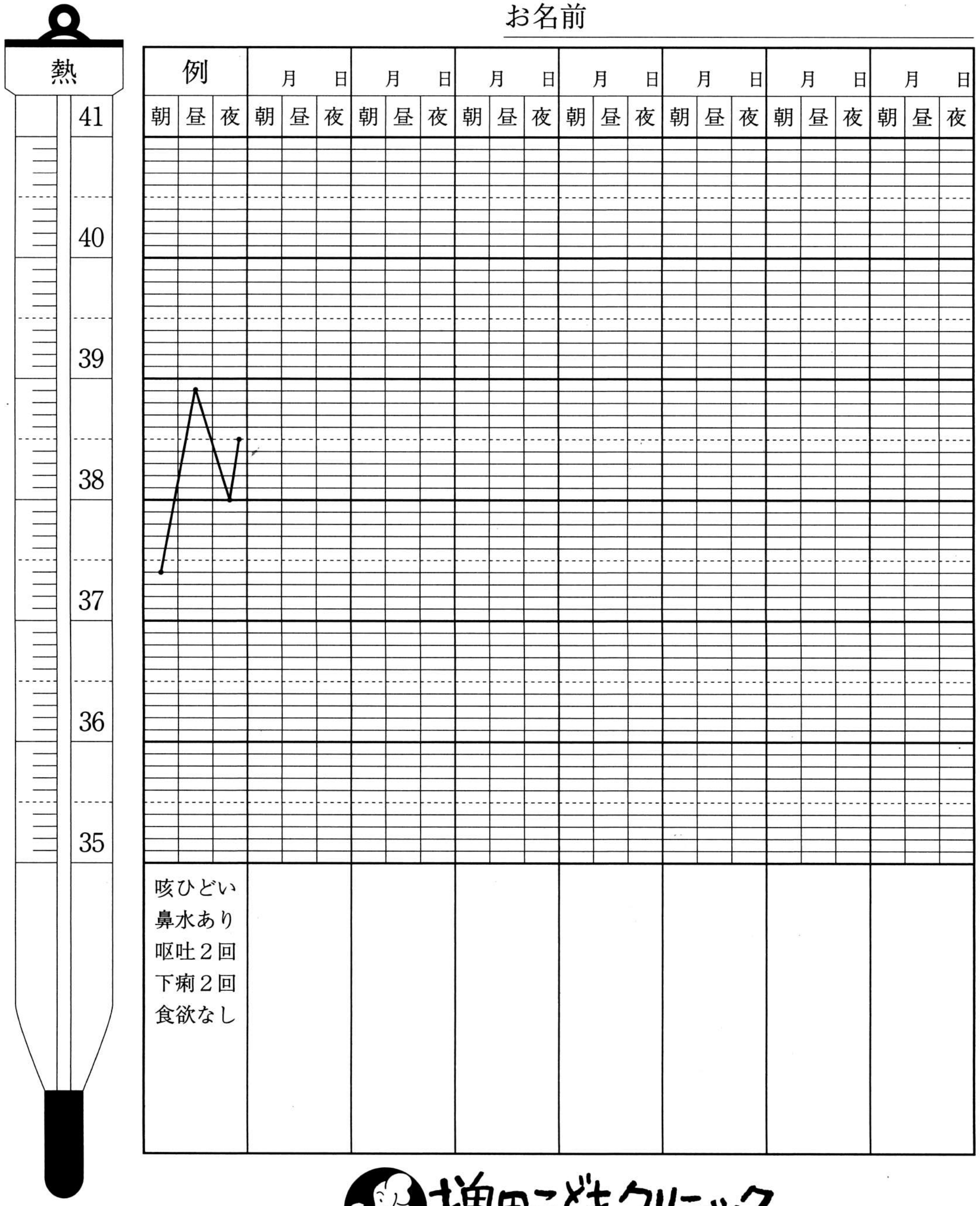
経 過 表

※熱がなくても毎回受付に出して下さい

お名前



例	月　日	月　日	月　日	月　日	月　日	月　日	月　日
朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜
咳ひどい 鼻水あり 嘔吐２回 下痢２回 食欲なし							

増田こどもクリニック

203951